

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

313

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 avril 1901 à 1 heure.

Par LOUIS SINEAU

né à Issoudun (I.-et-L.) le 13 août 1874.

DE LA

LUXATION SUS-ACROMIALE

COMPLÈTE

DE LA CLAVICULE

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : } MM. GRANCHER, professeur.
MARFAN et MÉNETRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1901

313

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 avril 1901 à 1 heure.

Par LOUIS SINEAU

né à Issoudun (I.-et-L.) le 13 août 1874.

DE LA

LUXATION SUS-ACROMIALE

COMPLÈTE

DE LA CLAVICULE

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : } MM. GRANCHER, professeur.
MARFAN et MÉNÉTRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Docteurs. Professeurs		M. BROUARDEL MM.
Anatomie.		FARABEUF.
Physiologie.		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		ROUCHARD.
Pathologie médicale.		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.		HUTINEL.
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.		TERRIER.
Thérapeutique.		POUCHET.
Hygiène.		LANDOUZY
Médecine légale.		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.		BRISAUD.
		CHANTEMESSE
Clinique médicale.		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		BERGER.
Clinique chirurgicale.		DUPLAY.
		LE DENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchements.		BUDIN.
		PINARD.

Agrévés en exercice.			
MM.			
ACHARD	DEGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARPIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Membre de l'Académie de Médecine.

Officier de la Légion d'Honneur

DE LA

LUXATION SUS-ACROMIALE

COMPLÈTE

De la clavicule

AVANT-PROPOS

Il est un plaisir bien doux, pour l'étudiant, à la fin de ses études, de se rappeler ce qu'il a vu, ce qu'il a appris à qui il le doit.

C'est un devoir bien juste de reconnaître la part qu'il advient à chacun ; je ne citerai pas tous les professeurs qui méritent pour nous le titre d'ami, qui étaient aussi heureux de nous enseigner que nous d'assister à leurs cours.

Nous avons été fier de suivre les leçons enseignées par de tels maîtres, dont l'éloquence faisait oublier, maintes fois, l'ingratitude du sujet.

Nous devons beaucoup à nos professeurs, bien plus encore à ceux qui nous ont guidé pas à pas au chevet des malades, et nous ont fait surmonter les difficultés de la clinique.

Il ne nous a pas été permis pendant nos études de leur témoigner notre reconnaissance, nous leur sommes redevable, en effet, de ce que nous possédons en fait d'éducation et d'instruction médicales.

Nous adressons particulièrement nos remerciements :

A M. le Dr Moutard Martin, chez qui nous avons passé notre première année de stage à la Charité.

A M. le Professeur Chauffard qui, pendant la seconde année de stage, nous a donné de la pratique médicale l'enseignement le plus complet.

A M. le Professeur Fournier, qui nous a fait connaître les maladies cutanées et syphilitiques.

A M. le professeur Budin, qui nous a appris l'art des accouchements.

A M. le Professeur Richelot, qui nous a initié à la pratique chirurgicale.

A M. le Professeur Pozzi, qui nous a enseigné la gynécologie.

A M. le Dr Campenon, à la Charité.

A M. le Dr Walther, que nous avons suivi pendant deux mois dans son service à Dubois.

Il me reste à remercier M. le Dr Launay, qui m'a inspiré l'idée de cette thèse et m'a procuré une radiographie, ainsi que M. Mesnard, interne de M. Monod, qui m'a communiqué une des rares autopsies à ce sujet.

En acceptant la présidence de cette thèse, M. le Professeur Le Dentu nous a fait un honneur dont nous sentons tout le prix, qu'il nous permette de lui exprimer notre plus respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

Il est assez rare de rencontrer dans les hôpitaux un cas de luxation sus-acromiale de la clavicule ; les observations y ayant rapport ont presque toutes été publiées, elles sont peu nombreuses, et surtout peu précises.

En effet le diagnostic a été dès le début la cause de fréquentes erreurs ; à chaque nouveau cas, il s'est éclairci ; à maintes reprises, nous avons vu paraître, à l'occasion d'un nouveau malade un symptôme pathognomonique. Il est permis maintenant de faire un diagnostic ferme, et de prendre une résolution énergique, pour intervenir selon que le désire le malade.

Je reviens sur ce sujet, parce qu'il m'a été permis de constater sur un malade du service de M. le Dr Launay, salle Viel, n° 6, certains faits absolument inédits.

L'observation du malade, qui m'a été communiquée est très intéressante parce qu'elle présente, réuni chez le même sujet, tout ce qui a pu paraître jusqu'à ce jour sur la luxation de l'extrémité externe de la clavicule en haut : soit la facilité du diagnostic, simplifiée encore par l'étiologie, soit le résultat que peut donner la réduction, quand elle est faite et maintenue suivant les règles, tout ce que l'on doit en attendre pour l'avenir du malade quant à la fonction partielle ou complète du membre.

OBSERVATION I

Luxation complète.

Prise dans le service temporaire de chirurgie de l'Hôpital Cochin actuellement fait par M. le Dr Launay, chirurgien des Hôpitaux.

Le nommé F., employé, est reçu le 12 décembre 1900, salle Viel, n° 6.

Le malade avait fait le 9 au matin, une chute dans un escalier, il ressentit immédiatement une douleur très vive de l'épaule gauche ; la chute avait été très violente, il descendait, portant sur l'épaule droite un fardeau qu'il évalue à 20 kilogr. environ ; se figurant être arrivé au dernier degré, il marcha de pied ferme et franchit ainsi brusquement les deux dernières marches de l'escalier. Le poids du corps ainsi que la charge lui firent perdre l'équilibre, l'épaule porta ainsi violemment contre le mur avant que le corps ne vint s'échouer à terre.

Etat actuel. — Le malade est âgé de 74 ans, il est robuste, n'a jamais eu de maladie, il n'est atteint d'aucune affection, ni cardiaque, ni pulmonaire.

Il vient à l'hôpital, parce qu'il ressent à l'épaule gauche, de la douleur, parce qu'il y a une déformation exagérée, enfin parce qu'il a, avec sa luxation, quelques contusions douloureuses consécutives à sa chute.

Examen. — Le malade se présente à nous l'épaule abaissée, sa main dans la poche de son pardessus, il ne soutient pas son bras, il peut très bien le laisser manœuvrer sans être trop gêné dans ses mouvements, il se déshabille seul et nous montre ses contusions.

Ce qui frappa immédiatement notre vue, fut la déformation de l'épaule; l'extrémité externe de la clavicule était soulevée, et au-dessous de cette extrémité une légère dépression; le pli de l'aisselle est considérablement abaissé, ce qui paraît donner au bras une longueur exagérée. La partie du muscle trapèze qui unit la clavicule aux vertèbres, a l'aspect d'une corde volumineuse très tendue; l'épaule semble aplatie d'avant en arrière, de même le muscle deltoïde sur la tête de l'humérus, et, malgré l'embonpoint de notre homme, les triangles sus et sous-claviculaires sont très marqués.

La peau recouvrant exactement l'extrémité claviculaire externe est rouge et tuméfiée; en-dessous de l'aisselle il y a différentes contusions.

Au toucher, la pression est douloureuse à l'extrémité de la clavicule. Si on prend cette extrémité entre deux doigts on la fait chevaucher, sur l'acromion, et remuer en tous sens, l'on peut même amener au contact les deux surfaces articulaires, on peut sentir l'acromion en-dessous de l'excavation.

Le malade peut faire remuer son bras dans toutes les directions qu'on lui commande; il met presque sans douleur, la main sur la tête, l'abaisse jusqu'à l'oreille, très facilement derrière le dos, la douleur est vive, si on lui fait mettre le bras verticalement par l'intermédiaire horizontal en avant, mais il ne lui est pas permis de dépasser l'horizontale latéralement.

La mensuration permet de constater certains déplacements et certaines anomalies, ainsi :

L'extrémité inférieure de l'omoplate est déviée vers l'intérieur et abaissée :

Côté gauche luxé 0.12 cm. 5.

— droit 0.14

abaissement. 0.01 cm. environ.

La clavicule, si on la mesure du chef sterno-mastoïdien point fixe à l'extrémité externe, en ligne droite,

côté gauche luxé 0.195

— droit. 0.18

mais si on a la précaution de suivre les courbures, la longueur est de chaque côté de

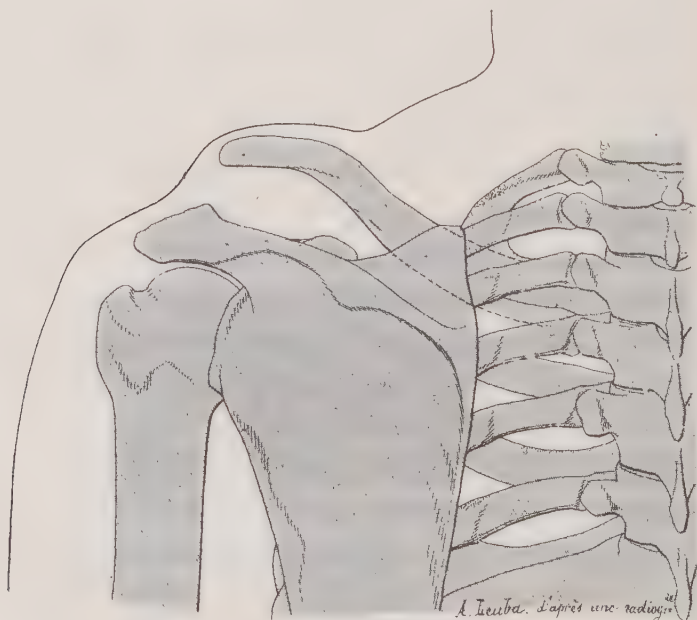
0,204.

L'abaissement de l'aisselle mesure, en prenant comme point fixe l'épine iliaque antéro-supérieure est de

0,05 cm.

L'écartement des deux surfaces articulaires comme le montre la radiographie ci-jointe, est d'environ

0,02 cm.



Réduction. — Le 15 décembre, le patient est amené à la salle d'opération, et sous le chloroforme, la luxation est réduite par le procédé ordinaire, élévation de l'aisselle en dehors et en arrière, pendant qu'un aide abaisse la clavicule. Cette réduction était facile, mais elle se reproduisait immédiatement. Elle fut maintenue par une serviette que l'on appliqua comme pour les fractures de la clavicule et un jeu de bande. Le malade fut alors ramené à son lit.

Le 17 décembre. — M. le docteur Launay proposa la suture osseuse, mais le malade dont la douleur ne persistait plus qu'au moment des pressions sur l'extrémité de la clavicule encore tuméfiée se refusa à toute intervention, quelque bénigne qu'elle fût.

Le malade a toujours l'épaule déformée, les mouvements de la clavicule ont moins d'étendue, il peut manœuvrer son bras dans toutes les directions, debout il peut soulever une chaise un peu plus haut que l'épaule, la pression manuelle est égale pour les deux mains.

Il est donc permis de dire que la réduction, sans répondre à l'esthétique, a rendu au malade ses mouvements et sa force musculaire primitive.

L'observation ci-dessus a rapport à une luxation complète; je m'occuperai spécialement de ce genre que je classerai plus tard comme 3^e degré des luxations sus-acromiales.

Le diagnostic n'est facile que si l'on étudie en quelque sorte mathématiquement les symptômes, successivement, quels sont les rapports avec la lésion, quels sont leurs rapports entre eux. Le diagnostic peut être ainsi comparé à un problème de géométrie où, par considérations

successives, par leur enchaînement, on arrive à cette formule C.Q.F.D. ; ici la formule C.Q.F.D. est le diagnostic que l'on doit connaître après l'examen d'un malade.

J'étudierai donc tous les symptômes, leurs causes et leurs relations.

Un autre sujet, qui présente maintes fois de nombreux ennuis, et qui devrait souvent être suivi d'un point d'interrogation, est le pronostic. Ici, le cas est très discutable. Doit-on considérer le résultat de la réduction comme parfait, lorsque l'on a rendu au malade qui avait un bras impotent toutes les fonctions de son membre ? oui, sous le rapport médico-chirurgical, non, sous le rapport de l'esthétique ; le malade a une déformation, ce n'est pas une infirmité, elle n'est pas apparente, elle est cachée à la vue par le port des vêtements. Mais, quant à l'esthétique, il est certains points chers à certaines personnes.

Il y aura donc à considérer : 1° les fonctions du membre, 2° l'esthétique.

J'ai déjà dit que les observations étaient rares, les autopsies en sont presque inconnues. Ceci ne doit guère nous étonner, le pronostic n'est jamais fatal ; aussi faut-il un cas absolument particulier, que la mort soit provoquée par une autre lésion, pour que ce fait nous soit permis. Telle est l'occasion qui s'est présentée le 28 novembre 1900 à la Morgue, et que j'aurai le plaisir de rapporter avec quelques mots d'historique.

Un dernier point reste à discuter : le traitement.

L'hésitation ne peut durer longtemps, trois cas se présentent : doit-on masser ? doit-on réduire ? doit-on opérer ?

Le massage ne présente aucune utilité si ce n'est pour

la luxation incomplète, ou, quelque temps après l'opération.

Dans le cas de luxation complète, si le blessé est jeune, proposez d'emblée l'opération, montrez les avantages, la statique qui est de 100/00 de guérison. La réduction est un moyen terme, une fois faite la guérison est incomplète.

Je m'étendrai très peu sur le traitement, qui est connu et d'une simplicité extrême.

La luxation a-t-elle été massée, réduite, opérée ou même non traitée, comme certaines observations permettent de le constater, le résultat principal que doit considérer le chirurgien, c'est-à-dire le résultat fonctionnel, a toujours été excellent.

CHAPITRE I

Anatomie. Etiologie. Symptômes.

La luxation sus-acromiale de la clavicule a été connue dès la plus haute antiquité. Hippocrate, le premier, en a fait une description détaillée et erronée qui ne permet pas de poser un diagnostic ; la confusion est possible avec toutes les luxations qui peuvent siéger dans l'épaule.

Ambroise Paré, en observateur plus profond, s'est exprimé ainsi : « Véritablement, dit-il, la luxation de l'extrémité humérale de la clavicule est difficile à connaître..., je sais qu'aucuns chirurgiens s'y sont trompés, estimant que l'humérus était luxé ; car alors la sommité de l'épaule est élevée, et le lieu d'où la clavicule est sortie est enfoncé, avec douleur véhémement et grande douleur, et les malades ne peuvent lever le bras ni faire aucun mouvement de l'épaule, et où l'os ne sera réduit, le malade demeure impotent, et ne pourra jamais porter la main à sa tête ni à sa bouche ».

Ce passage est à la fois ironique si l'on se rappelle que le chirurgien qui soigna Gallien, fit une erreur de diagnostic et voulut réduire une luxation de l'humérus, quand il y avait une luxation sus-acromiale de la clavicule.

D'un autre côté, l'erreur commise par ce chirurgien est aussi imputable à Paré lui-même ; il parle avec précision des déplacements de la clavicule, il s'égare un peu au sujet de la douleur qui n'est ni véhémence ni grande, et complètement sur les mouvements permis au malade ; tel qu'il les décrit, on peut penser à une luxation de l'humérus, ils peuvent être abolis pendant les premiers jours par les douleurs successives à la contusion, qui, une fois passées, permet les mouvements les plus étendus. Nous y reviendrons, lorsque j'étudierai ces mouvements séparément et la douleur qu'ils provoquaient chez le malade que j'ai pu suivre et que M. le Dr Launay a mis si aimablement à ma disposition.

Cette observation contient presque tous les détails cliniques qu'il a été permis de noter ; je m'étendrai sur certains qui paraissent de prime abord des anomalies, et dont l'examen plus approfondi permet de constater la réalité.

Gogué donne comme symptômes de la luxation sus-acromiale, les suivants :

1° Douleur vive accusée au sommet de l'épaule, quand on presse avec les doigts, ou quand on fait mouvoir le membre en totalité ;

2° Saillie de l'extrémité externe de la clavicule, qui chevauche sur l'acromion de près de 15 millimètres ;

3° Mobilité de l'os quand on le pousse en avant ou en arrière ;

4° Disparition de la saillie, quand on porte le moignon de l'épaule fortement en dehors et en haut ;

5° Réapparition presque immédiate de la difformité quand on abandonne le membre à lui-même.

Duhamel (1) énumère longuement les symptômes, mais ne signale pas l'allongement apparent de la clavicule ni la rotation du scapulum ; d'autre part, il ne donne la dépression deltoïdienne que comme caractéristique de la luxation de l'épaule ; elle peut exister, puisque je l'ai constatée chez le blessé que j'ai visité.

ANATOMIE

Il est nécessaire afin de bien comprendre les symptômes nombreux que comporte cette luxation, de s'intéresser à son anatomie et à son étiologie, car il ne faut pas oublier que ce genre de luxation quoique rare présente différentes variétés, selon les lésions que porte le mécanisme articulaire.

Le jeu qui relie la clavicule à l'omoplate, peut se diviser en deux parties, la première ayant rapport à l'extrémité externe de la clavicule, la seconde au tiers externe, c'est-à-dire à la portion coracoclaviculaire ; cette dernière est de beaucoup la plus forte et la plus résistante, d'elle, dépend la variété de luxation, la déformation.

L'articulation acromio-claviculaire est une arthrodie composée simplement d'une capsule renforcée en deux

1. Thèse de Paris, 1899.

points ; on y distingue le ligament acromio-claviculaire supérieur qui a environ 3 millimètres d'épaisseur, il est très dense et très résistant ; l'inférieur de même nom, est simplement fibreux, à claire-voie, fenêtré, il présente de petits orifices où apparaissent des lobules graisseux, des culs-de-sac synoviaux.

Cette articulation comprend à distance deux ligaments bien différents par leur rôle, leur aspect. Ce sont : le trapézoïde et le conoïde : le trapézoïde qui unit la face claviculaire de l'apophyse coracoïde à la face inférieure de la clavicule a de 4 à 6 millimètres d'épaisseur, une cloison de tissu conjonctif le sépare du conoïde qui s'insère sur le tubercule qu'on voit à la base de l'apophyse coracoïde et s'épanouit en éventail sur le bord postérieur de la clavicule.

MÉCANISME

La capsule, le trapézoïde, le conoïde donnent par leur rupture un relâchement plus ou moins grand, ce qui a permis de diviser les luxations sus-acromiales de la clavicule en complètes et incomplètes.

La capsule, étant seule rompue, ne peut donner lieu qu'à une luxation incomplète ; ce serait en quelque sorte, le *premier degré* de la luxation ; l'arrachement du trapézoïde donnerait encore une incomplète, mais au *deuxième degré*, les mouvements horizontaux de la clavi-

cule auraient plus d'étendue, cependant la distance qui séparerait les surfaces articulaires serait encore minime. Enfin le *troisième degré*, qui serait la luxation complète, serait atteint par la rupture du conoïde. Je suis ainsi de l'avis de M. Poirier qui prétend que la rupture du conoïde est nécessaire et indispensable pour la luxation sus-acromiale complète. Bien différente est l'affirmation de Nicaise qui aurait pu produire une luxation complète, le ligament conoïde restant intact. Cette opinion n'est pas admissible ; comment l'expérience a-t-elle eu lieu ? les détails manquent ; nous ne pouvons accorder à cette affirmation qu'une valeur illusoire.

ÉTIOLOGIE

La luxation complète ainsi définie, montre quelles sont les lésions, mais elle fait pressentir la violence du choc nécessaire pour les occasionner ; nombreuses sont les théories qui ont expliqué le mécanisme de cette luxation, nombreux les auteurs qui ont discuté l'étiologie de cette question. MM. Poirier et Rieffel ont fait des expériences sur le cadavre, mais sans rien prouver ; ils opéraient à l'amphithéâtre sur des lambeaux abandonnés par les élèves, même auraient-ils expérimenté sur des cadavres indemnes, leurs renseignements n'auraient eu qu'une valeur, montrer la force considérable nécessaire pour rompre ces ligaments.

La théorie la plus facilement acceptée ne serait qu'un résumé des causes différemment énumérées et qui comprendrait d'une façon générale toute l'étiologie.

« *La luxation sus-acromiale de la clavicule est provoquée par une violence agissant obliquement, soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant sur la région deltoïdienne* ».

L'étiologie de cette lésion n'a été signalée que très rarement. Ainsi le cas de Malgaigne a rapport à un ouvrier plombier qui enlace dans ses deux bras un corps de pompe, il reçoit sur le deltoïde un tampon de fonte de 40 kgr., à l'examen on constata une luxation sus-acromiale. Celui de Vanverts de Lille a été produit par une chute de bicyclette le corps projeté en avant.

SYMPTOMES

Ce choc a pour résultat la douleur et la déformation, les deux symptômes principaux.

A. — La douleur peut être provoquée par la contusion. Je ne discute pas ce détail, mais quelques jours après l'accident on constate qu'elle est plus limitée, elle occupe une région exactement située au-dessus et environnant l'extrémité externe de la clavicule; tout contact en cette zone est sensible tandis que si l'on saisit la clavicule par la diaphyse et qu'on lui imprime les mêmes mouvements que précédemment on lui faisait effectuer en prenant l'épiphyse, on constate qu'il n'y a que très peu de douleur.

Je n'ai constaté au 22^e jour, (blessé de l'obs. I), les surfaces articulaires étant encore légèrement écartées, qu'un peu de sensibilité en appuyant verticalement sur l'extrémité de l'os, les mouvements latéraux étaient très restreints et non douloureux. Est-ce l'articulation qui était douloureuse? Non. Mais le choc a provoqué des ruptures, de l'écrasement de la masse musculaire dont la douleur persiste jusqu'à la guérison.

Nous avons donc affaire : 1^o à une douleur de voisinage, 2^o à une douleur provoquée par la rupture des ligaments.

B. — La déformation avec toutes ses conséquences serait le signe pathognomonique.

Par la rupture des ligaments, la clavicule est attirée en haut, les muscles sternocleidomastoïdien et trapèze contribuent à cet effet, tandis que le bras sous l'influence de son poids descend; dans cette descente, il entraîne le scapulum qui lui est adhérent, l'aisselle est ainsi abaissée et l'omoplate, retenue par l'angulaire, attirée par le rhomboïde, sous l'action de la pesanteur est soumise à un double mouvement, glissement et rotation.

. Les deux surfaces articulaires ont glissé l'une sur l'autre, il s'en est suivi une dépression limitée en haut par la clavicule, en bas par la facette articulaire de l'acromion, cette déformation est quelquefois assez considérable, elle doit toujours être proportionnelle à l'écartement des os.

Galien se cite lui-même, et dit que l'espace inter-articulaire était de trois doigts environ; Marie de Bordeaux a noté chez une femme un écartement de deux pouces et

dans la radiographie jointe à cette étude, on constate un espace de 0,02 c/m. environ.

Cet espace est accru par la rotation du scapulum autour de l'insertion de l'angulaire comme centre, ce qui fait comprendre à la fois l'abaissement, le rapprochement interne de l'acromion, et le déplacement vers l'intérieur de l'angle inférieur du scapulum. Quelles que soient ces explications, l'espace inter-articulaire est disproportionné avec l'abaissement de l'aisselle; chez notre malade nous avons :

Espace inter-articulaire . . . 0,02.

Abaissement 0,05.

Sur la partie externe de l'épaule, il existe une dépression deltoïdienne différente de celle des luxations humérales en ce qu'elle est plus élevée et moins étendue.

Je n'ai jamais rencontré dans les observations que j'ai pu lire un seul cas donnant une mensuration, quelquefois le rapprochement de l'acromion au sternum a été indiqué, mais il ne peut servir de point d'appui, car il est très difficile de prendre cette mesure avec précision, la masse musculaire qui recouvre l'extrémité acromiale se déplace, et de là de nombreuses causes d'erreur.

L'abaissement de l'aisselle donne au bras une longueur apparente excessive, effet d'optique simplement qui n'est visible que lorsque le malade est déshabillé.

Un allongement apparent, je n'ose dire réel, est celui de la clavicule luxée si je me reporte aux mensurations que j'ai faites, la clavicule mesure en ligne droite :

Côté gauche luxé 0,195

— droit. 0,18

si on suit les courbures 0,204

Nous avons ainsi un allongement de 0,015 du côté luxé, quantité peu notable, mais qui à la vue paraît plus considérable. Cet allongement est exact, d'autant plus que les mensurations ont été faites à plusieurs reprises, par des personnes différentes, avec des points de repère différents, et que le résultat fut toujours le même ; il s'explique d'autant moins que si l'on suit la courbure postérieure de l'os la longueur est la même de chaque côté. Cette mensuration ayant été faite avec un mètre pliant la courbure aurait-elle suffi ? Pourrait-on incriminer un écartement des facettes de l'articulation sternoclaviculaire ? J'accepterais volontiers la contribution de ces deux hypothèses. Maintenant l'acromion ne serait-il pas fracturé et n'accroîtrait-il pas aussi les dimensions de la clavicule ? Cette fracture qui était nécessaire pour Astley Cooper n'existe pas chez notre malade, et ne peut résoudre la question ; dans l'autopsie (obs. II) l'absence a été constatée. Serait-ce dû à une inflammation épiphysaire avec allongement consécutif ? La douleur limitée à l'extrémité externe permettrait de le supposer, mais l'âge de notre malade s'y oppose.

Bref, rien ne me permet d'expliquer cet allongement si ce n'est une des deux suppositions du début, mais encore, agissant simultanément, pourraient-elles donner un allongement de 0,015.

Il me reste une dernière hypothèse, qui va me permettre d'expliquer cette différence par une erreur de la mensuration.

Les dimensions de la clavicule sont prises de l'articulation sternoclaviculaire à l'articulation acroclavicu-

laire ; sur la clavicule en place, la longueur est mesurée, jusqu'à la face antérieure de cette dernière articulation mais sur la clavicule luxée il y a une certaine différence jusqu'à l'extrémité qui, ajoutée à l'épaisseur des parties molles qui la recouvrent, explique la différence de 0,015. Voilà pourquoi je pose maintenant que l'allongement apparent de la clavicule est un signe pathognomonique de la luxation sus-acromiale de la clavicule.

Je ferai remarquer que j'ai visité le 12 mars, dans le service de M. le Dr Tuffier, salle Ambroise Paré, n° 16, un malade atteint de luxation, mais incomplète ; l'allongement apparent mesurait 1 c/m.

G. — Le *palper* du moignon de l'épaule, nous donne ici ce qui est commun dans toute luxation : on sent que les deux facettes articulaires sont séparées, qu'un espace considérable les sépare, et que la clavicule est mobile. On peut faire chevaucher la clavicule en tous les sens, l'abaissement seul est limité, mais entendons-nous, limité avant que l'on parvienne à mettre en contact les deux facettes articulaires ; malgré l'antagonisme du deltoïde et du trapèze ; les mouvements d'élévation sont assez étendus.

D. — Il nous reste à étudier les *mouvements* que le malade peut exécuter avec son bras. « La gêne des mouvements et la faiblesse du bras, dit Andrews, sont peu marqués, la douleur peut faire défaut. » Ceci est exact. Chez le malade dont l'observation m'a donné l'idée de traiter ce sujet, presque tous les mouvements lui étaient permis ; dans l'observation (II) que m'a communiquée M. Mesnard les mouvements sont difficiles et

douloureux, mais ceci se comprend facilement, le malade a 7 côtes fracturées ainsi que le sternum, malgré ces complications M. Mesnard a pu constater qu'en opérant avec douceur, l'on pouvait mettre le bras dans la position que l'on désirait, sans infliger trop de souffrance au malade.

Ainsi, un malade atteint de luxation sus-acromiale peut mettre la main derrière le dos le bras collé au tronc, élever le bras horizontalement, latéralement et en avant, placer la main sur la tête; tous ces mouvements s'effectuent sans aucune douleur. Je vais énumérer maintenant ceux qui sont douloureux, mais dont la douleur ne permet pas au malade de s'y opposer. Il peut ainsi mettre la main sur l'épaule opposée, ce qui est un mouvement d'adduction considérable, qui nécessite un abaissement du moignon de l'épaule. Il met difficilement la main sur le cou, la clavicule ainsi luxée s'oppose à ce mouvement.

Il ne peut pas, une fois le bras dans la position horizontale et latérale, l'élever verticalement.

L'impossibilité de ce dernier mouvement nous explique chez notre malade (obs. I) l'impossibilité d'élever une chaise plus haut que l'horizontale, car son bras est aussi fort que normalement, la pression manuelle nous montre que malgré son âge notre malade est encore solide. Hamilton signale (Obs. V) la vigueur de son sujet un an après la luxation. Je suis persuadé qu'il aurait fait ses expériences quelques jours après l'accident, la différence eut été peu notable.

Tous les symptômes que j'ai énumérés montrent qu'il y a entre eux un enchaînement, la douleur, la déforma-

tion, le palper, la mensuration et qu'il est impossible, même en voyant un malade, à première vue, de ne pas diagnostiquer une luxation sus-acromiale complète de la clavicule.

La déformation seule peut servir de base.

J'insisterai de même sur l'allongement apparent de la clavicule qui n'a pas encore été noté. Je puis conclure en disant qu'il est impossible de confondre avec une luxation de l'épaule, seul diagnostic différentiel à faire.

La douleur, la déformation, le déplacement et l'allongement de la clavicule ne permettent jamais cette erreur.

CHAPITRE II

Pronostic.

Le pronostic de cette luxation, vu l'étiologie, paraîtrait assez grave ; il a fallu pour la produire une violence extrême qui a occasionné une triple rupture ligamenteuse.

L'aspect est inquiétant, la lésion est bénigne. Hamilton, lorsqu'il parle du pronostic, dit : « Dans la majorité des cas, alors même que l'os demeurerait sans être réduit, les blessés ont recouvré peu à peu l'usage complet du bras dans n'importe quelle position ».

J'ai montré, dans l'observation I, les mouvements du bras qui étaient permis, sa vigueur. Le résultat, selon Hamilton et tous les chirurgiens, serait excellent après réduction ! Mais comme le montre Rognetta « cette question est beaucoup plus importante qu'on ne le croit, la luxation non réduite de l'extrémité externe de la clavicule pouvant constituer chez les jeunes femmes de haute condition, habituées à une toilette décolletée, une difformité fâcheuse ».

Rognetta parle ainsi de l'esthétique, il est vrai que quel que soit le procédé employé pour la réduction, les appareils placés ensuite, elle n'est jamais maintenue d'une façon satisfaisante, ce qui a permis à Nélaton de dire que,

sur vingt cas qu'il avait eu l'occasion de traiter, il n'aurait pas obtenu une seule fois une réduction complète ; ceci est malheureusement réel, et cependant les appareils sont nombreux ; certains auteurs prétendent avoir obtenu de bons résultats quand d'autres chirurgiens avec les mêmes appareils n'ont eu que des échecs et des complications plus graves que la lésion elle-même.

On peut constater néanmoins que le pronostic de la luxation est bénin, l'esthétique est une question secondaire pour le chirurgien qui peut y remédier si le malade lui demande, par la suture osseuse.

Cette luxation est si peu importante que, se produisant avec d'autres lésions, fracture par exemple, comme dans les observations (II, IV), la luxation a toujours passé en second lieu ; l'on a traité, mis un appareil et laissé la luxation pour s'en occuper dans la suite.

L'intervention du chirurgien est ici nécessaire. Cette opération, utile en premier lieu pour la réduction, ferait disparaître complètement la déformation ; ne serait-elle employée que dans ce sens, elle présenterait pour le patient de moins graves conséquences que l'autoplastie, les greffes épidermiques, leur rôle serait pourtant identique.

On peut ainsi remédier à la difformité de l'épaule par la suture osseuse qui ne demande pas une grande incision, 4 ou 5 cm. ; elle peut être facilement cachée par la coquetterie féminine ; ainsi la déformation est nulle, la cicatrice est invisible.

CHAPITRE III

Autopsie.

Le 28 novembre, il a été fait à la Morgue une autopsie de luxation sus-acromiale par M. Mesnard, interne des Hôpitaux. Cette autopsie est très intéressante, car il est exceptionnel d'en lire un compte-rendu exact.

Je me permets donc de donner *in extenso* l'observation et l'autopsie.

OBSERVATION II

Mme G..., 58 ans, entre le 19 novembre 1900 au soir dans le service de M. Monod au lit n° 22 de la salle Cruveilhier, un peu souffrante déjà depuis quelque temps, nous dit-on. Elle a été renversée par une voiture boulevard Voltaire, alors qu'elle le traversait tenant à la main un enfant de 4 ans. On n'a que des renseignements très vagues sur la façon dont s'est produit le traumatisme. Il est tout probable que la malade est tombée, son moignon de l'épaule a porté sur le sol et alors s'est produite la luxation, la roue de la voiture lui a ensuite passé sur la poitrine. La malade perdit connaissance au premier abord et revint rapidement à elle.

A l'examen, le 20 au matin, la malade est pâle, se plaint beaucoup, elle est pâle, mais l'état général est relativement bon, 37 de température, pouls bien frappé ; régulier, normal. La malade se plaint d'une douleur au milieu de la poitrine et à l'épaule. On sent très nettement une fracture intéressant 3 ou 4 côtes à gauche. Sur la ligne médiane, le sternum présente, à sa partie moyenne, une ligne très douloureuse transversale, à droite, il y a également trois points douloureux fixes, mais sans que l'on détermine de la mobilité anormale et de la crépitation bien nette. La malade s'assied difficilement. Elle se tient de côté, la tête penchée du côté gauche, l'épaule abaissée. Le moignon de l'épaule gauche est très tuméfié et très douloureux, sans ecchymose. L'extrémité externe de la clavicule fait à gauche une saillie qui surplombe et peut au premier abord en imposer pour la saillie acromiale des luxations de l'épaule. Une dépression sépare la clavicule ainsi placée de l'acromion. On peut loger un doigt en travers entre les os. La clavicule est mobile, en touche de piano; si on remue le bras, la malade crie, elle ne le bouge pas elle-même ; mais en allant doucement on peut imprimer tous les mouvements au bras. On peut en particulier le rapprocher du corps, il n'y a donc pas d'abduction élastique comme dans les luxations de l'épaule. En maintenant de la main gauche la clavicule que nous immobilisons, puis saisissant le bras de la malade avec la main droite, nous réduisons aisément en portant ce bras en dehors puis en haut.

A la percussion la malade a une matité peu accusée en arrière et à droite. Les poumons respirent bien. Rien au cœur si ce n'est un peu d'arythmie. Les crépitations dues aux côtes brisées gênent l'auscultation. Nous appliquons un bandage

de corps assez serré autour du thorax, une écharpe de Mayor maintient tant bien que mal la luxation.

Le 20 novembre au soir, rien de particulier, température 37°,5.

Le 21 au matin, température 38. Dyspnée plus accusée que la veille, le pouls est bon.

Le 22 au soir, température 38°,5, pouls mal frappé, irrégulier. Dyspnée plus intense. Mort dans la nuit.

Le cadavre ayant été transporté à la Morgue, l'autopsie est faite le 28 novembre par MM. Brouardel et Socquet, au cours de médecine légale.

On trouve sur les membres diverses ecchymoses, en particulier une ligne ecchymotique barre pour ainsi dire le thorax.

A l'ouverture, on trouve une fracture des 3°, 4°, 5° 6° côtes gauches, fractures avec fragment central détaché et mobile, mais sans esquilles offensives. Fracture du sternum sans déplacement, transversale, à la partie moyenne. Fracture des 4°, 5°, 6° côtes droites sans déplacement et à un seul fragment.

L'ouverture du thorax donne issue à 1/2 litre de sang accumulé dans la plèvre gauche.

Le péricarde présente des lésions de péricardite aiguë traumatique récente. Il renferme du liquide. Un peu de suffusion sanguine à l'origine de l'aorte — fausses membranes molles — était dépoli de la surface des feuillets pariétaux et viscéraux du péricarde, aspect chagriné.

On trouve quelques plaques péricardiques sans importance.

Le cœur contient des caillots. On trouve des caillots agoni-

ques venant du cœur droit, rien du côté des valvules aortiques et mitrales ; en faisant des coupes du cœur, on trouve quelques suffusions sanguines dans le myocarde.

Rien au poumon.

Le foie est volumineux, la vésicule biliaire est petite, rétractée sur un amas de boue biliaire.

Les reins sont congestionnés.

On ne trouve rien au cerveau.

Il résulte de l'autopsie que le malade a succombé à une péricardite traumatique.

L'autopsie ayant été faite, MM. Brouardel et Socquet nous ont autorisé à pratiquer une dissection de la région et à emporter la pièce qui fait le sujet de cette communication et qui a été présentée à la société anatomique.

Nous avons disséqué avec beaucoup de soin la région et nous relevons les détails suivants :

La clavicule tenait fortement au sternum, dans l'autopsie on a tranché les ligaments sterno-claviculaires, nous retrouvons presque intact le ligament costo-claviculaire qui n'a pas été intéressé par le couteau de l'opérateur.

Le muscle sous-clavier est ecchymotique et dilacéré.

Les ligaments coraco-claviculaires trapézoïde et conoïde sont déchirés, on peut passer le doigt entre le coracoïde et la clavicule avec la plus grande facilité. La clavicule n'a plus aucune connexion avec l'apophyse coracoïde. Les bourses séreuses de la région sont ecchymotiques et plus ou moins déchirées.

Une ecchymose assez étendue occupe les faisceaux claviculaires du deltoïde et du trapèze, avec quelque soin qu'on la cherche on ne trouve aucune déchirure de ces muscles.

La clavicule fait une saillie considérable au-dessus de l'acromion, on place aisément un doigt en travers entre les deux os. Le ligament acro-claviculaire supérieur très fort est déchiré. Il s'est arraché de la clavicule et demeure totalement adhérent à l'acromion. Le fibro-cartilage inter-articulaire lui adhère par son extrémité postérieure elle-même à demi-détachée. De la partie postérieure de la facette articulaire de l'acromion part un faisceau fibreux qui va s'insérer à la portion antérieure de l'extrémité interne de la clavicule ; un autre faisceau part de l'extrémité antérieure de la facette articulaire acromiale et va s'insérer à la face inférieure de la clavicule près du bord antérieur, derrière le ligament trapézoïde, à 4 centimètres de la facette articulaire de l'os.

Tous ces ligaments sont ecchymotogènes.

Aucun vaisseau n'est déchiré.

La pièce montée par M. Tramond est déposée au musée Dupuytren.

L'occasion n'a pas été souvent offerte de faire une autopsie chez un malade qui avait une luxation sus-acromiale. La mort, comme l'observation le montre, est due à une péricardite traumatique aiguë récente et le fait de la voiture passant sur le corps de cette femme montre bien quelle violence il y a eu pour occasionner les nombreuses fractures et la luxation.

Je puis dire que les autopsies se rapportant à ce sujet sont très rares. Malgaigne le premier n'a eu qu'à examiner une luxation incomplète, il dit que « la facette articulaire de la clavicule n'avait pas complètement abandonné la facette articulaire acromiale, le ligament acro-

mio-claviculaire était déchiré en grande partie, et les robustes ligaments coracoïdiens étaient rompus en totalité. Il est vrai que dans ce cas il existait d'autres graves désordres parmi lesquels une fracture comminutive de l'omoplate ».

A. Cowper a eu l'occasion de faire une autopsie, est-ce d'une luxation complète ou incomplète, les détails sont insuffisants, mais laissent supposer qu'il avait affaire à une luxation complète. Malgaigne à ce sujet, s'exprime ainsi: « Nous n'avons pas d'autopsie bien faite de cette luxation ».

Il y a, au musée St-Thomas de Londres, une pièce prise sur un homme mort 49 jours après l'accident; A. Cowper se borne à dire que la clavicule fait une saillie considérable sur l'épine de l'omoplate et que l'acromion est fracturé juste au milieu de sa facette articulaire ».

En revanche, il conjecture que tous les ligaments acromiaux et coracoïdiens doivent être rompus.

C'est aussi, ajoute-t-il, ce qu'indiquent les expériences sur le cadavre; mais il est triste de se borner à des conjectures quand on avait une pièce sous les yeux.

MM. Poirier et Rieffel ont fait des biopsies et leurs résultats coïncident, quoique M. Rieffel n'ait pas dit de quel genre de luxation il s'agissait, il a vu comme M. Poirier que la capsule était absolument rompue, mais il ne parle pas des ligaments coracoïdiens.

Tous les auteurs admettent, comme Lafon le signale dans sa thèse, que tous les ligaments sont rompus, mais ils n'ont pas donné une valeur relative à chaque ligament.

OBSERVATION III (Alibert *in* Malgaigne).

Luxation sus-acromiale non traitée.

Une vieille femme avait renoncé à tout traitement de sa luxation sus-acromiale dès que la légère inflammation des premiers jours fut dissipée.

Alibert la revit souvent dans la suite, elle se servait de son bras comme à l'état normal ; cependant, la clavicule faisait toujours une saillie considérable, mais elle n'était presque plus mobile et semblait réunie à la face postérieure de l'acromion par une fausse articulation assez serrée.

OBSERVATION IV (Hamilton).

Luxation et fracture de côtes. Guérison.

Un militaire, renversé par une charrette a de nombreuses contusions, on signale en plus une fracture de la première côte gauche, une luxation sus-acromiale de la clavicule. Il ne lui est fait aucune réduction.

Hamilton vit le blessé un an après l'accident, la clavicule était à une distance de 5 millimètres de l'acromion et retenue à cet os par un lien fibreux grêle et ténu.

Après une série d'expériences pour déterminer la vigueur relative des deux bras, on constata :

α). — Il pouvait soulever horizontalement 56 livres au dessus de sa tête, les bras complètement tendus.

β). — Le bras droit tendu horizontalement soulevait 25 livres pendant 15".

γ). — Le bras gauche, côté de la luxation 25 livres, 17".

OBSERVATION V (Hamilton).

Luxation non traitée.

Dans le cas de J. Moron, la clavicule chevauche sur l'acromion.

Après 3 jours d'hôpital, pendant lesquels on avait appliqué des appareils différents, le malade se débarrasse du dernier et refuse de se laisser soigner, après 6 mois il revient à l'hôpital pour un nouvel accident, on constate que : quand il soulève un fardeau, la force de son bras n'est en rien diminuée jusqu'à ce que le fardeau arrive à la hauteur des épaules ; à partir de ce point, il ne peut le soulever davantage.

OBSERVATION VI (Hamilton).

Luxation congénitale.

Hamilton signale un cas de luxation congénitale complète de l'extrémité acromiale en haut et en dehors non traumatique.

« C'est le cas de Mary Hughes que j'examinai le 9 février 1876, alors qu'elle était âgée de 4 ans ; l'accouchement avait été facile et naturel, on réduisait facilement la luxation sans pouvoir la maintenir ».

OBSERVATION VII (Nélaton).

Gazette des Hôpitaux, 1862.

Double luxation sus-acromiale, une récente, une ancienne.

Un homme âgé de 44 ans, tamponné violemment dans la rue, tombe sur l'épaule droite ; après un laps de temps de huit jours, il se présente à la clinique et est reçu dans le service du professeur Nélaton.

On aurait dit à première vue une fracture de la clavicule, son bras était pendant, son épaule abaissée, sa tête inclinée à droite.

En le regardant déshabillé, on constate que les deux épaules ont une même déformation très apparente, la clavicule droite est mobile à sa partie externe, le palper douloureux sous la clavicule, on sent l'acromion.

On diagnostique une luxation acromio-claviculaire droite.

L'épaule gauche présentait les mêmes déformations mais la clavicule n'était pas mobile et le palper indolore. Cette luxation datait de 35 ans.

§ 2. — Observation de luxations acromio-claviculaires opérées.

OBSERVATION VIII. — E. S. COOPER (résumée).

Femme de 36 ans. Luxation de l'extrémité acromiale de la clavicule gauche, datant de plusieurs années et ayant dimi-

nué, dans une large mesure, l'usage du bras correspondant. Le port d'appareils, ordonné par divers chirurgiens anglais n'aurait donné aucun résultat. La malade supplie qu'on fasse quelque chose pour elle.

Opération (1856). — Incision longue de 3 pouces, commençant un peu en dehors de l'acromion et suivant la direction de la clavicule. Mise à nu des os, leurs faces articulaires sont taillées avec la cisaille et on les perce avec un foret de 1 ligne $1/2$ de diamètre, à une distance d'un demi-pouce des surfaces articulaires. Le foret est passé de haut en bas dans un os, l'extrémité étant dirigée vers l'autre os. Un fil d'argent, épais d'une ligne, est alors introduit et ses deux extrémités sont tordues juste au-dessus de l'articulation. On éprouva une extrême difficulté à passer le fil d'un os à l'autre; toutefois, l'extrémité ayant été bien effilée et recourbée, elle passa après quelques efforts dans les trous des os. Pas de suture des parties molles.

Le traitement post-opératoire consista en application de linges imbibés d'une solution volatile (1 partie d'alcool pour dix parties d'eau) et qu'on humectait fréquemment. Au bout de quatre jours, on remplaça ce pansement par un cataplasme. Après quoi, la plaie bourgeonna bien et sans aucun symptôme fâcheux.

Au bout de six semaines, les fils furent détordus et une extrémité coupée obliquement. Dès que la plaie commença à suppurer franchement, en imprimant au fil un mouvement de va-et-vient en tirant alternativement sur les deux extrémités; ceci, dans le double but de maintenir la plaie légèrement ouverte afin de permettre la sortie de toute esquille osseuse qui pourrait être éliminée, ce qui n'est pas rare dans

les opérations portant sur les os, et pour faciliter la levée définitive des fils.

Trois ans après, on pouvait constater le maintien parfait de la guérison ; la mobilité du bras était excellente.

OBSERVATION IX. — P. Poirier et Rieffel (résumée).

Homme de 27 ans. Chute d'une voiture sur l'épaule gauche.

Examen (le lendemain de l'accident). Ecchymose au niveau de l'épaule. L'extrémité externe de la clavicule est luxée en haut et fait une saillie très appréciable, malgré ce gonflement ; elle s'élève de 15 millimètres au-dessus du plan de l'acromion. La réduction est facile, mais ne se maintient pas. Le moindre mouvement du bras est douloureux ; le blessé ne peut porter sa main à sa bouche.

Opération (août 1899). — Incision de 4 centimètres, parallèle à l'interligne articulaire. Après avoir débarrassé le foyer de la luxation des caillots sanguins qui l'obstruent, on constate que les ligaments supérieur et inférieur sont totalement déchirés, à l'exception de quelques fibres de ligament inférieur. Les surfaces articulaires présentent une surface irrégulière fibro-cartilagineuse. Avec un foret on perce obliquement des trous sur l'acromion et deux autres sur l'extrémité externe de la clavicule, puis on y passe deux fils d'argent. Au moment de serrer et de tordre les fils, on prie l'aide d'appuyer sur la clavicule pour lui faire reprendre sa situation normale ; puis on rabat et on martelle les fils sur l'acromion avec le manche du bistouri. Suture de la peau au crin

de Florence. Pansement iodoformé. Le bras est placé dans une écharpe fortement serrée.

Suites simples. Le lendemain, le malade se lève. Le 10^e jour, on enlève les sutures cutanées ; réunion parfaite. Le 33^e jour, on enlève l'écharpe et on permet les mouvements. Depuis, on a eu des nouvelles du malade ; la réduction se maintient ; les mouvements sont normaux.

° OBSERVATION X. — Rieffel (résumée).

Homme de 28 ans. Chute d'une hauteur de 1 m. 50 le 18 août 1890 dans la matinée.

Examen (le jour même). — Signes classiques de la luxation sus-acromiale gauche. L'écartement des os permet l'introduction entre eux de la dernière phalange de l'index. La clavicule est mobile dans le sens antéro-postérieur. En appuyant sur elle et en pressant sur le coude, on remet sans peine les os en place.

On applique immédiatement un appareil de Desault avec coussin axillaire et compresses graduées sur l'extrémité externe de la clavicule. Le malade garde l'appareil pendant deux jours, mais il en demande qu'on le retire, tant celui-ci est douloureux. A un nouvel examen, on constate que la flexion et l'extension du bras ne sont pas entravées, mais que l'abduction ne peut être portée au-delà de 40 degrés. Il va sans dire que la luxation s'est reproduite.

Opération (22 août 1890). — Incision de 6 centimètres sur les os, parallèlement à leur courbure. On aperçoit au fond de la plaie des fragments du ligament acromio-claviculaire rompu, ainsi que quelques fibres du trapèze déchirées. Pen-

dant qu'un aide abaisse fortement le moignon de l'épaule et le porte en arrière, on avive les deux surfaces articulaires en retranchant une partie de leur revêtement cartilagineux, puis un fil d'argent de fort calibre est passé obliquement de haut en bas et de dedans en dehors par l'extrémité externe de la clavicule, puis de bas en haut et de dedans en dehors à travers l'acromion ; les trous ont été creusés avec le perforateur de Collin. Tandis qu'un aide réduit la luxation, on serre le fil d'argent, on le coupe et on le recourbe pour le fixer dans la clavicule. Par dessus on réunit, à l'aide d'une suture continue en catgut, les fibres ligamenteuses et périostiques ainsi que les fibres tendineuses du trapèze rompues. Suture de la peau sans drainage. Pansement salolé. Immobilisation avec une écharpe double.

Suites simples. Ablation des fils le 2 septembre ; la réunion est parfaite. On continue l'immobilisation avec une écharpe de Gosselin jusqu'au 14 septembre. On constate à ce moment que le plan supérieur de la clavicule se continue directement avec celui de l'acromion et qu'il n'existe aucune difformité. Les mouvements s'accomplissent sans difficulté. L'abduction seule reste un peu douloureuse. En examinant comparative-ment les deux épaules, il semble que le deltoïde soit le siège d'une légère atrophie. Celle-ci est combattue à l'aide des courants continus.

Le 24 septembre, le malade sort de l'hôpital. Il est complètement guéri, porte la main à la bouche ; l'abduction peut être menée jusqu'à la verticale.

OBSERVATION XI. — Demons *in* Chapuis (résumée).

Homme de 54 ans. Le 22 mai 1894, cet homme est tombé d'une hauteur de 4 mètres dans la cale d'un navire et a reçu sur l'épaule droite le madrier qui servait de passerelle. Il a pu se relever ; mais il a constaté aussitôt une impuissance à peu près complète du membre supérieur droit.

Examen (23 mai). — Pas d'ecchymose au niveau de la région scapulaire. Le creux sus-claviculaire droit est moins prononcé que le gauche et l'extrémité externe de la clavicule fait une saillie appréciable à la vue. La clavicule n'est pas diminuée de longueur et la palpation, très douloureuse au niveau de l'extrémité externe de la clavicule, permet de constater l'élévation déjà signalée plus haut. La pression sur la partie moyenne de l'os n'est accompagnée d'aucune douleur ; mais on voit nettement l'extrémité acromiale de la clavicule s'abaisser sous l'influence de cette pression pour se relever aussitôt qu'elle cesse. Pas de crépitation. Tout mouvement spontané de l'articulation scapulo-humérale est impossible ; les mouvements communiqués sont très limités par suite de la douleur qu'ils causent.

Opération (30 mai). — Incision de 5 centimètres, d'emblée jusqu'à l'os, au niveau de l'articulation. Avec un perforateur on perce un trou sur l'acromion et un autre en regard sur l'extrémité externe de la clavicule ; puis par ces trous on passe un fil d'argent de fort calibre. Ce fil est fortement serré une fois la réduction opérée ; puis on rabat ses extrémités sur l'acromion en les pressant de façon à les empêcher de former une saillie. Suture de la peau au crin de Florence.

Pansement iodoformé. Le membre est placé dans une écharpe de Mayor.

La réunion se fait normalement, mais un eczéma se développe autour de la ligne de suture et gagne les régions environnantes.

Le 21 *juin*, suppression de l'écharpe. Les mouvements sont possibles. Légère atrophie du triceps.

30 *juin*. — Sortie de l'hôpital. Guérison complète : aucune déformation, fonctionnement normal du bras.

Septembre. — Résultat fonctionnel excellent ; les mouvements du bras du côté luxé ont tous la même étendue que du côté opposé. La réduction se maintient parfaite.

OBSERVATION XII. — P. Reynier, 1897 (résumée).

Homme qui avait été renversé par une voiture. Luxation de l'extrémité externe de la clavicule droite, qui s'était portée dans la fosse sus-épineuse et répondait, en arrière de l'acromion, au bord interne de l'épine de l'omoplate. Le bras, collé contre le tronc, ne pouvait être soulevé qu'avec peine. La réduction de la luxation était impossible.

Connaissant, d'après les faits antérieurs, cette irréductibilité, M. Reynier endormit le malade, mit à nu, par une incision, l'extrémité externe de la clavicule qu'il trouva sous le trapèze, dans la fosse sus-épineuse. Le muscle avait été déchiré, et un faisceau musculaire, situé en avant de la clavicule, s'interposait entre elle et la cavité articulaire. Ce faisceau ayant été sectionné, il fut aisé de ramener la clavicule en face de la surface articulaire de l'acromion. On peut alors

constater que les deux ligaments trapézoïde et conoïde étaient complètement rompus. Les deux surfaces articulaires mises en place ne restaient pas juxtaposées, en raison de la rupture de ces ligaments et de la déchirure des fibres du trapèze. Pour les maintenir, on passa un fil d'argent dans l'extrémité externe de la clavicule d'une part, d'autre part dans l'acromion.

Deux mois après, on peut constater que la guérison est complète : l'os est resté en place et le malade a retrouvé tous les mouvements de son épaule.

CHAPITRE IV

Traitement.

Le traitement de la luxation sus-acromiale de la clavicule a été le sujet de différentes thèses que j'aurai l'honneur de citer, mais il n'en existe qu'un et un seul ; la suture. Le massage, les appareils, l'arthrodèse exigent beaucoup trop de travail pour le peu de résultats qu'ils donnent.

Le traitement, comme pour toute luxation, doit répondre à deux indications : 1° La remise en place des extrémités articulaires et le maintien de cette réduction ; 2° le rétablissement de la fonction.

La réduction et le rétablissement de la fonction est des plus faciles ; le maintien de la réduction seul mérite un intérêt particulier. De nombreux auteurs y ont travaillé, ont inventé des appareils et n'ont obtenu qu'un résultat négatif.

Je vais passer successivement en revue les différents modes de traitement.

L'abstention primitive ou secondaire a été fréquemment constatée (obs. 3, 5, 6, 7), les malades qui se sont fait mettre une écharpe pour maintenir leur bras, ou sont

venus à l'hôpital se soumettre à un procédé quelconque de réduction, certains, et ils sont nombreux, n'ont attendu que le temps nécessaire pour que la douleur soit calmée ; ils ont refusé des soins plus éclairés, ils ont enlevé pansements et appareils.

L'abstention n'est pas ici un traitement, le malade peut il est vrai, mobiliser son bras, vaquer à ses occupations, mais que peut-il craindre, est-ce une ankylose ? est-ce une impotence fonctionnelle ? Ces faits ne se sont pas présentés.

Le *massage* et la mobilisation précoce ne semblent pas offrir un grand intérêt, les cas qui montrent cette pratique sont nombreux. Penne, Denys, Wanverts de Lille ont obtenu de bons résultats, mais il s'agissait de luxations incomplètes. Je n'ai jamais vu d'observations y ayant rapport.

Les appareils de contention ont une histoire bien marquée dans le traitement de la luxation, leur nombre indique assez la valeur qu'on leur accorde, les thèses de Florençy, Thamin en donnent une description détaillée depuis l'écharpe, le tourniquet, le glossocome, le bandage jusqu'aux appareils plâtrés.

J. L. Petit, Desault, Boyer, Gerdy, Malgaigne, Récamier, Delens, Morel, Lavallée et Le Dentu, pour ne citer que les principaux, ont apporté de nombreux perfectionnements, les échecs et les résultats imparfaits sont constants après l'application de ces appareils.

Certains affirmant, comme Vignes, Petrequin, Paré, Cooper, que le résultat était insuffisant. Le résultat fut mauvais, chez les malades de Hulk, Petrequin, Brindel.

Gerdy dit simplement le résultat fut bon, mais l'observation n'indique pas s'il avait affaire à une luxation complète.

Bref les appareils de contention ne présentent qu'un intérêt secondaire.

L'arthrodèse est une opération complémentaire à la suture osseuse; elle consiste en l'abrasion des cartilages qui recouvrent les extrémités acromio-claviculaires.

Cette opération a-t-elle un but utile ? Certains prétendent qu'elle facilite la suture osseuse, d'autres qu'elle accélère l'ankylose des deux surfaces. Ces deux avantages favorisent-ils l'opération ? Leur but est discutable, que nous importe la facilité de la suture, l'ankylose est-elle nécessaire ? elle est tout-à-fait inutile; les os étant maintenus en contact par un fil d'argent très serré formeraient d'abord une pseudarthrose.

Il nous reste à étudier la suture qui est le traitement par excellence de cette luxation.

Elle a été pratiquée pour la première fois par Samuel Cooper en 1861 (obs. 8) Depuis par MM. Poirier et Rieffel 1891, (obs. 9 et 10) Pallas 1894, elle a été le sujet de nombreuses thèses de MM. Chapuis, Lafon, Bouchet. Le manuel opératoire a été parfaitement décrit. Je me bornerai à indiquer les différents temps de l'opération.

- 1° Incision des parties molles jusqu'à l'os.
- 2° Mise à nu et coaptation des extrémités articulaires
- 3° Perforation des extrémités.
- 4° Passage des fils et suture osseuse.
- 5° Suture des parties molles.

Cette intervention simple ne présente aucun danger

surtout à cette époque où l'antisepsie ne permet plus les suppurations osseuses qui avaient de si graves conséquences ; elle présente en outre de grands avantages.

1° La luxation est réduite, et la réduction est maintenue.

2° Les mouvements du bras sont libres et non douloureux.

En effet on peut constater, une fois la plaie guérie, que le malade n'éprouve dans l'exécution de ses mouvements qu'un peu de raideur due à l'immobilité à laquelle il a été soumis, quelques séances de massages lui rendent la souplesse du membre. (Obs. 8, 9, 10, 11, 12, 13.

Ce traitement n'est malheureusement pas accepté par tous les malades auxquels on le propose (Obs. I), mais il est du devoir du chirurgien de le proposer.

Il reste à dire quelques mots de la suture fibro-périostique que Baum a décrite et pratiquée ; ses observations comportent quelques succès.

Les Allemands ont suivi la voie de Baum, mais ils ont opéré au hasard de l'aiguille, ils ont assimilé cette luxation à la fracture de la rotule. L'opération consistait à passer des fils dans les masses musculaires et ligamenteuses ; elle péchait par la base, elle était sinon incomplète du moins insuffisante, le résultat possible était la récédive.

Il n'y a donc que deux modes de traitement, l'abstention et la suture osseuse, les autres ne présentent qu'un intérêt historique.

CONCLUSIONS

De l'étude que nous avons essayé de faire nous tirons les conclusions suivantes :

1°) La luxation sus-acromiale complète est le résultat d'un choc violent.

2°) Elle nécessite la rupture de tous les ligaments de l'articulation acro et coraco-claviculaire.

3°) Les déplacements et l'allongement apparent de la clavicule sont les symptômes pathognomoniques.

4°) Le pronostic fonctionnel est toujours excellent quelle que soit l'intervention.

5°) Le traitement doit viser deux points : le résultat fonctionnel et le résultat plastique.

A) Au point de vue fonctionnel, le traitement non sanglant donne d'aussi bons résultats que le traitement sanglant.

B) Au point de vue plastique, le traitement sanglant par la suture donne seul un bon résultat, aussi doit-on proposer ce traitement au malade.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu : le Président de thèse,
LE DENTU

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- 1 **Ader.** — Thèse Paris, 1872.
- 2 **Albers.** — Die Naht bei Luxation in akromio-claviculargelenk von Stabsarzt. Deuts. med. Woch, 27 décembre 1894.
- 3 **Alex-Vallas.** — Luxation sus-acromiale de la clavicule traitée par la suture. Société des sc. méd. de Lyon, juillet 1874.
- 4 **Andrews.** — Luxation de l'extrémité acromiale de la clavicule. In Encyclop. interne de chirurg. Paris, 1885.
- 5 **Bach.** — Gaz. méd. de Paris, 1841, p. 12.
- 6 **Baraduc.** — Thèse de Paris, 1842.
- 7 **Bouchet.** — Thèse de Paris, 1900.
- 8 **Bouisson.** — Ann. de chir. franç. et étrang., 1823, t. IX, p. 271.
- 9 **Boulian.** — Thèse Paris, 1876,
- 10 **Brindejone.** — Thèse Paris, 1848.
- 11 **Brindel.** — Thèse Paris, 1877.

- 12 **Cahier (L.)**. — Lux. de la clavicule, in. *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, T. III, 1896, p. 106.
- 13 **Chapuis**. — Thèse Bordeaux, 1894.
- 14 **Claquet**. — Luxation de l'extrémité de la clavicule droite produite par la contraction musculaire; appareil nouveau, guérison sans difformité. *Journ. Hebd.*, 1830. T, VII, p. 400.
- 15 **Conor (O.)**. — *New-York med. Journ.*, 1896, p. 220.
- 16 **Cooper (E.-S.)**. — *New method. of. tuating long standing dislocations of the scapulo-clavicular articulation.* *Auner J. med. S.*, 1861, t. III, p. 389.
- 17 **Courchet**. — Thèse Paris, 1866.
- 18 **Dauvergne**. — *Bull. de therap.*, 1854, XLVI.
- 19 **Defranceschi**. — *Über die supra-acromiale Luxations der Clavicula.* *Berlin Klin. Woch.*, 1892, p. 575.
- 20 **Denonvilliers**. — *Bull. Soc. et chir.*, 22 avril 1896.
- 21 **Duhamel**. — Thèse Paris, 1899.
- 22 **Fleury**. — *Journ. Universel*, 1817, t. IV, p. 144.
- 23 **Florençy**. — Thèse Lille, 1885.
- 24 **Fox Edward**. — *Lancet* 1897, t. I, p. 311.
- 25 **Galangau**. — Thèse Montpellier, 1877.
- 26 **Gerdy (P. N.)**. — *Traité des bandages*, 2^e éd. 1837, I, p. 124.
- 27 **Gogué**. — *Gaz. méd. de Paris*, 1843, t. XI, p. 757.
- 28 **Gourchet**. — Thèse Paris, 1866.
- 29 **Gros**. — *Bull. gén. de Thérap.*, 1874, p. 537.
- 30 **Hamilton**. — *Traité pratique des fractures et luxations*
Trad. de Poinsoy, Paris 1884, p. 795.
- 31 **Hergott**. — Luxation de l'extrémité acromiale de la cla-

vicule. Gaz. méd. de Strasbourg, 1853, t. XIII, p. 329.

32 **Hulke**. — Lancet, 1885, t. II, p. 245.

33 **Juer**. — Thèse Paris, 1840.

34 **Jones**. — Britisch med. Journ. 23 janv. 1874.

35 **Lafon**. — Thèse Paris, 1890. Des luxations sus-acromiales de la clavicule. Traitement par la suture osseuse.

36 **Laugier**. — Application du tourniquet de J.-L. Petit aux luxations sus-acromiales de la clavicule. Gaz. méd. Paris, 1845, p. 817 et p. 279.

37 **Le Bec**. — France méd. Journ., 1894, n° IV.

38 **Malgaigne**. — Luxation de l'extrémité externe de la clavicule. Gaz. méd. de Paris 1836, t. IV, p. 168.

39 **Malgaigne**. — Traité des fractures et des luxations, t. II, p. 446.

40 **Marie**. — Gaz. des hôpitaux, 1839, p. 172.

41 **Maurel**. — Bull. gén. de thérap., 1877, XCII, 7. 261.

42 **Morel Lavallée**. — Bull. soc. de chir., 1864, t. IV, p. 240.

43 **Moutet**. — Section sous-cutanée du muscle trapèze, pratiquée pour réduire une luxation sus-acromiale de l'extrémité externe de la clavicule. Mém. de méd. et chir., Paris, 1864, p. 42.

44 **Nélaton**. — Journal de méd. et de chir. pratiques, 1855, t. XXVI, p. 501.

45 **Nélaton**. — Revue de thérap. méd. chir.. 1858, p. 288.

46 **Nélaton**. — Gazette des hôpitaux, 1862, p. 145.

47 **Nélaton (Ch.)**. — Luxation de la clavicule, in. Traité de Sineau

- chirurgie de Duplay et Reclus, 2^e éd. t. III, 1897, p. 40.
- 48 **Pare (A.)**. — Œuvres complètes, t. II, p. 359.
- 49 **Penne (J.)**. — De l'arthrodie acromio-claviculaire. Thèse Lyon, 1896.
- 50 **Petit**. — Traité des maladies des os, 1755. T. I, p. 132.
- 51 **Petit-Jean**. — Thèse Paris, 1859.
- 52 **Petrequin**. — Luxation de l'extrémité externe de la clavicule. Gaz. des hôp. 1842, T. IV, p. 68.
- 53 **Poirier**. — Anatomie, t. I, p. 559. ¹
- 54 **Poirier et Riefel**. — Mécanisme des luxations sus-acromiales de la clavicule ; leur traitement par la suture osseuse. Arch. gén. de méd., 1891, t. I, p. 386.
- 55 **Polailion**. — Article clavicule du Dict. encycl. des sciences médicales, t. XVII, p. 673.
- 56 **Porral**. — Arch. gén. de méd., 1831, t. XXI, p. 108.
- 57 **Reynier**. — Luxation sus-épineuse de l'extrémité externe de la clavicule. Bull. et mém. Soc. de Chir. 1898, t. XXII, p. 75.
- 58 **Rognetta**. — Ann. de therap. méd. chir., 1865, t. III, p. 434.
- 59 **Rollet**. — Gaz. méd. de Paris 1866, t. I, p. 817.
- 60 **Sedillot**. — Luxation en haut de l'extrémité humérale de la clavicule. Contrib. à la chir., 1868, t. I, p. 767.
- 61 **Schockeel**. — Archives médicales belges, 1887, p. 102.
- 62 **Stanley Haynes**. — Britisch med. Journ. 1872.
- 63 **Tessier et Ginastoux**. — Journ. de méd. de Bordeaux, 1896.
- 64 **Thamin**. — Thèse Bordeaux, 1887.
- 65 **Tournel**. — Arch. gén. de méd., 1837, t. XV, p. 463.

- 66 **Vallas.** — Lyon médical, 1894, t. LXXVII, p. 54.
- 67 **Vanverts.** — Quelques considérations sur le traitement de la luxation sus-acromiale de la clavicule. S. c. centrale de médecine du Nord, 1899.
- 68 **Vigier.** — Bull. acad. roy. de méd. 1847, 68, t. XIII, p. 483.
- 69 **Wolff et Vitz.** — Berlin Klin. Woch, 1889, p. 922.

